VERSLAG

Verslag najaarsvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht 2025

*Mr. M.E.I. de Jong**

Op vrijdagmiddag 7 november 2025 heeft de najaarsvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht plaatsgevonden in Antropia te Driebergen. De najaarsvergadering werd geopend door dagvoorzitter mr. dr. E (Emke) Plomp.

Het thema van de vergadering was 'Veilige zorg en de schuivende grenzen van grensoverschrijdend gedrag'. Het themagedeelte van deze najaarsvergadering ving aan met een korte inleidende presentatie over seksueel grensoverschrijdend gedrag door zorgverleners door mr. I. (Ilse) de Groot.[1] Verder bestond het uit drie lezingen over verschillende situaties van grensoverschrijdend gedrag in de zorg: van zorgverlener naar een patiënt, tussen zorgverleners onderling, maar ook van patienten naar zorgverleners. De presentaties werden gegeven door mr. dr. R.P. (Rolinka) Wijne,[2] mr. A.C. (Mieke) de Die,[3] samen met F.W.M. (Fleur) Kloosterman MSc[4] en mr. dr. A. (Antina) de Jong.[5] Na de presentaties vond een paneldiscussie plaats.

Inleidende presentatie – 'Seksueel grensoverschrijdend gedrag door zorgverleners: meer dan een incident'

De Groot besprak seksueel grensoverschrijdend gedrag van zorgverleners jegens patiënten, en stelde vast dat dit gedrag binnen de zorgsector nog altijd veelvuldig voorkomt. Het aantal meldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is de afgelopen jaren fors toegenomen, waardoor niet langer kan worden gesproken van incidenten. De urgentie om het probleem structureel aan te pakken is groot.

Volgens De Groot is een veilige zorgrelatie een voorwaarde voor goede zorg, en daarin is geen plaats voor seksueel grensoverschrijdend gedrag. Patiënten bevinden zich in een afhankelijke positie en vertrouwen vormt de basis van de zorgrelatie. Wanneer een zorgverlener deze grens overschrijdt, leidt dat tot ernstig ver-

* Myrthe de Jong was ten tijde van het schrijven van deze notulen juridisch medewerker bij Velink & De Die Advocaten te Amsterdam.

1 Ilse de Groot is advocaat bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd.

2 Rolinka Wijne is docent gezondheidsrecht aan de Universiteit van Amsterdam, lid van de medische tuchtcolleges te Den Haag en Amsterdam, en medewerker bij het wetenschappelijk bureau van Holla Advocaten (sectie aansprakelijkheidsrecht, praktijkgroep gezondheidsrecht).

3 Mieke de Die is advocaat/partner bij Velink & De Die Advocaten te Amsterdam.

4 Fleur Kloosterman is verpleegkundig specialist oncologie met expertise in immunotherapie.

5 Antina de Jong is adviseur gezondheidsrecht en medische ethiek bij de afdeling Beleid & Advies van de Artsenfederatie KNMG.

doi: 10.5553/TvGR/016508742026050002005

trouwensverlies en kan dit langdurige emotionele en lichamelijke gevolgen hebben. Schaamte, schuldgevoelens en angst om niet geloofd te worden vormen hoge drempels om te melden. Daarnaast weten patiënten niet altijd waar zij terechtkunnen.

De IGJ beschouwt seksueel grensoverschrijdend gedrag als gedrag van seksuele aard waarbij de grenzen van cliënten worden overschreden. Dit kan variëren van seksueel getinte opmerkingen tot onnodige aanrakingen of seksueel contact. Ook wanneer een cliënt instemt of het initiatief neemt, blijft sprake van seksueel grensoverschrijdend gedrag, omdat gedurende de behandelrelatie en de afkoelingsperiode geen sprake is van gelijkwaardigheid vanwege de bestaande afhankelijkheidsrelatie.

Daarnaast benoemde De Groot enkele hardnekkige misverstanden, zoals de romantisering van wederzijdse gevoelens, het idee dat alleen 'rotte appels' grensoverschrijdend gedrag vertonen en de veronderstelling dat men hier zelf immuun voor zou zijn. Ook benadrukte De Groot het belang van zorgvuldig taalgebruik, omdat termen als 'seksuele relatie' gelijkwaardigheid suggereren, terwijl in werkelijkheid sprake is van machtsmisbruik.

Bij meldingen richt de IGJ zich niet alleen op het individu, maar ook op de zorgaanbieder en de organisatie. Het waarborgen van een veilige zorgrelatie is volgens de IGJ een gedeelde verantwoordelijkheid van bestuurders én zorgverleners. In dit kader heeft de IGJ een zelfscan ontwikkeld waarmee zorgorganisaties hun beleid kunnen toetsen op preventie en bewustwording rondom seksueel grensoverschrijdend gedrag. In de praktijk ziet de inspectie daarnaast veel goede voorbeelden, zoals duidelijke beroepscodes, een veilige meldcultuur, structurele educatie en onderzoek, en de toepassing van de *Leidraad Veilige Zorgrelatie*. Tot slot verwijst De Groot naar het *Zorgmanifest*, waarin verschillende branche- en beroepsorganisaties hun betrokkenheid hebben uitgesproken bij het bevorderen van cultuurverandering binnen de zorg.

Presentatie 1 - 'Grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer, en dan'

Wijne ging in haar bijdrage in op het onderzoekskader en het normatief kader van grensoverschrijdend gedrag, aan de hand van een fictieve casus en voorbeelden uit de praktijk. Volgens Wijne beginnen de meeste onderzoeken naar grensoverschrijdend gedrag met een melding. Zij benadrukte dat het van belang was deze melding zo snel mogelijk schriftelijk vast te leggen, bij voorkeur vóórdat gesprekken plaatsvinden. Gebeurt dit niet, dan bestaat het risico dat de aard en inhoud van de melding in de loop van de tijd veranderden. Ook persoonlijke ervaringen en emoties kunnen de perceptie van gebeurtenissen kleuren.

Na ontvangst van een melding stelt het ziekenhuisbestuur of het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) doorgaans een onderzoekscommissie in. Daarbij zijn volgens Wijne deskundigheid en onafhankelijkheid essentieel. Vanwege de gevoeligheid

van de kwestie en de mogelijke reputatieschade voor betrokkenen, adviseerde Wijne externe leden aan de commissie toe te voegen. Ook het toevoegen van een jurist is volgens Wijne wenselijk om het proces in goede banen te leiden en de procedurele waarborgen te bewaken. Indien het onderzoek ook op cultuur- of organisatievraagstukken ziet, is aanvullende expertise op dat terrein nodig.

Vervolgens formuleert het ziekenhuisbestuur of het MSB de onderzoeksopdracht. Wijne stelde dat het daarbij van belang is zorgvuldig na te denken over de aard van de onderzoeksvragen. Gesloten vragen lieten weinig ruimte voor nuance, terwijl open vragen de commissie meer beoordelingsruimte gaven. Daarnaast benadrukte Wijne dat de onderzoekscommissie zich bewust moet zijn van het gehanteerde begrippenkader, de term 'grensoverschrijdend gedrag' is immers niet juridisch gedefinieerd. In de praktijk wordt vaak aangesloten bij begrippen als seksuele intimidatie, aanranding of verkrachting. Het gekozen kader dient daarom expliciet in het onderzoeksrapport te worden benoemd. Ook moet vooraf duidelijk zijn of het onderzoek persoonsgericht is of mede ziet op de organisatiecultuur, en welke gevolgen aan de uitkomsten kunnen worden verbonden.

Wijne stelde dat in het kader van het onderzoek informatie wordt verzameld aan de hand van documentatie, zoals roosters en opleidingsgegevens, en via gesprekken met de melder, de betrokken medisch specialist en eventuele getuigen. Daarbij moet rekening worden gehouden met het feit dat het vaak gaat om de-auditu-verklaringen, die met voorzichtigheid moeten worden gewaardeerd.

Volgens Wijne moet ieder onderzoek voldoen aan een aantal essentiële procedurele uitgangspunten die voortvloeien uit jurisprudentie: de spelregels moeten vooraf kenbaar zijn, er moet transparant worden gecommuniceerd over werkwijze en omgang met informatie, en zorgvuldigheid is vereist ten aanzien van zowel de belangen van de melder als die van de betrokkene tegen wie de melding is gericht. Daarbij moet worden onderkend dat een melding onjuist kan zijn en dat vooringenomenheid moet worden vermeden. Wijne benadrukte dat vertrouwelijkheid cruciaal is en hoor en wederhoor essentieel.

De bevindingen van de onderzoekscommissie worden vastgelegd in een onderzoeksrapport met feitenvaststelling, een juridisch kader en een conclusie. De conclusie moet deugdelijk zijn gemotiveerd en worden gedragen door de vastgestelde feiten. Wijne gaf aan dat een feit kan worden aangenomen wanneer dit met een redelijke mate van waarschijnlijkheid is vastgesteld. Bij de waardering van verklaringen is terughoudendheid geboden; alternatieve scenario's moeten steeds worden meegewogen. Zowel melder als betrokkene krijgt gelegenheid te reageren; hun reacties worden als bijlage toegevoegd.

Het rapport is volgens Wijne primair bedoeld voor het bestuur, zodat dit op basis van de bevindingen passende maatregelen kan overwegen, zoals overplaatsing, disciplinaire maatregelen of ontslag. Hoewel betrokken medisch specialisten soms vrezen voor verdere juridische gevolgen, merkte Wijne op dat zij tot op heden niet

doi: 10.5553/TvGR/016508742026050002005

heeft meegemaakt dat dergelijke rapporten worden ingebracht in tuchtzaken of daar als bewijs worden gebruikt.

Vervolgens ging Wijne in op het normatieve kader. Medisch specialisten zijn gehouden professioneel te handelen en zich te gedragen als goed hulpverlener, zoals volgt uit het Burgerlijk Wetboek en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Deze normen worden nader ingevuld door professionele standaarden en zelfregulering, waaronder de gedragscode en de handreiking *Optimaal functioneren van artsen* van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Wijne stelde vast dat de term (seksueel) grensoverschrijdend gedrag als zodanig niet in wetgeving voorkomt. Juridisch wordt veelal aangesloten bij het begrip seksuele intimidatie, zoals neergelegd in onder meer de Wet gelijke behandeling van mannen en vrouwen, de Algemene wet gelijke behandeling en het Wetboek van Strafrecht. Seksuele intimidatie wordt daarin omschreven als seksueel getint verbaal, non-verbaal of fysiek gedrag dat de waardigheid van een persoon aantast en leidt tot een bedreigende, vijandige, beledigende of vernederende situatie.

Wijne benoemde daarnaast de arbeidsrechtelijke context. Op grond van de Arbeidsomstandighedenwet is de werkgever verplicht beleid te voeren ter voorkoming van psychosociale arbeidsbelasting, waaronder seksuele intimidatie. Ook in Boek 7, Titel 10, van het Burgerlijk Wetboek is een verbod op seksuele intimidatie opgenomen. Ontbreekt dergelijk beleid, dan handelt de werkgever in strijd met de wet en in het geval van schade dient de werkgever daarvoor een passende vergoeding te bieden.

Daarna ging Wijne in op de maatregelen en stelde dat indien seksuele intimidatie wordt vastgesteld, de werkgever disciplinaire maatregelen kan nemen, tot aan ontslag toe. Uit de jurisprudentie volgt echter dat seksueel grensoverschrijdend gedrag in een afhankelijkheidsrelatie niet zonder meer kwalificeert als ernstig verwijtbaar handelen dat ontslag zonder vergoeding rechtvaardigt. Evenmin geldt dat een gedraging automatisch als seksuele intimidatie moet worden aangemerkt enkel omdat degene tot wie het gedrag was gericht zich zo voelt maar dat vereist is dat feiten en omstandigheden deze kwalificatie dragen.

Tot slot besprak Wijne de affectieve relatie op de werkvloer. Een dergelijke relatie is op zichzelf niet verboden, maar wordt problematisch wanneer sprake is van een afhankelijkheidsrelatie en professioneel handelen niet langer mogelijk is. In dat geval kan alsnog sprake zijn van grensoverschrijdend gedrag en heeft de werkgever ruimte om in te grijpen. In afhankelijkheidsrelaties achtte Wijne affectief of seksueel getint gedrag in beginsel ongewenst, ongeacht gevoelens of intenties. Wijne sloot af met de constatering dat professioneel handelen geen ruimte laat voor seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Presentatie 2 – 'En dan is er wat te kiezen: niets doen of actie ondernemen'

De Die en Kloosterman gingen in op wat er gebeurt nadat onderzoek naar grensoverschrijdend gedrag is afgerond en er een conclusie ligt. Volgens De Die ontstaat dan een keuze: blijven steken in slachtofferschap of daadwerkelijk handelen. Kloosterman, zelf slachtoffer van grensoverschrijdend gedrag door een collega, heeft een tuchtklacht ingediend tegen deze internist-oncoloog, naast de raad van bestuur en MSB als klagers. Over haar ervaringen schreef zij het boek *Ga je mij kapot maken?* en las hieruit een fragment voor. Dit fragment was gelijk aan haar verklaring tijdens de zitting van het Regionaal Tuchtcollege in december 2021, waarbij De Die haar bijstond.

Kloosterman nam de zaal mee in haar persoonlijke verhaal en beschreef hoe haar droombaan geleidelijk veranderde in een onveilige werksituatie. Zij vertelde hoe aanvankelijk onschuldige complimenten overgingen in seksueel getinte opmerkingen, fysieke toenadering en uiteindelijk ernstig grensoverschrijdend gedrag. De afhankelijkheidsrelatie, de manipulatie en de angst voor gevolgen voor haar opleiding en carrière maakten dat zij lange tijd zweeg. Kloosterman schetste de psychische impact, het bevriezen, de schaamte en het isolement, en de spanning tussen professioneel functioneren en persoonlijke veiligheid.

Na deze persoonlijke bijdrage ging De Die vervolgens in op de juridische context. Allereerst stond zij stil bij het handelen van de internist-oncoloog jegens Kloosterman, verpleegkundig specialist in opleiding. De Die merkte op dat het Centraal Tuchtcollege in de beoordeling van het handelen, veel waarde hechtte aan herhaald grensoverschrijdend gedrag, eerdere waarschuwingen, verbetertrajecten die onvoldoende effect hadden en de zwaarwegende factor van de afhankelijkheidsrelatie. De Die wees erop dat een belangrijk juridisch punt de ontvankelijkheid van Kloosterman als klaagster was. Het tuchtcollege oordeelde dat Kloosterman als collega-hulpverlener belanghebbende was, ondanks het ontbreken van een arts-patiëntrelatie, omdat zij door het gedrag werd belemmerd in haar werk en professioneel functioneren. Het tuchtcollege achtte het handelen strijdig met wat van een professioneel beroepsbeoefenaar mag worden verwacht en oordeelde dat dit gedrag weerslag heeft op de individuele gezondheidszorg, waardoor Kloosterman ontvankelijk was in haar klacht en toepassing van de tweede tuchtnorm gerechtvaardigd was.

Vervolgens besprak De Die een andere zaak van grensoverschrijdend gedrag door een internist tegenover coassistenten en patiënten. Het Regionaal Tuchtcollege achtte de coassistenten ontvankelijk, omdat het om een leersituatie ging. In hoger beroep benadrukte het Centraal Tuchtcollege het belang van vertrouwen: vertrouwen van patiënten, maar ook vertrouwen tussen hulpverleners onderling. Dat vertrouwen is zo essentieel voor goede zorgverlening, dat als dat vertrouwen wordt aangetast, dit een weerslag is op het belang van de individuele gezondheidszorg.

Tot slot besprak De Die een uitspraak van het Scheidsgerecht Gezondheidszorg over medisch specialisten ten opzichte van coassistenten en arts-assistenten. Zij

onderstreepte het belang van een duidelijke gedragscode met helder geformuleerde normen en een expliciet sanctiebeleid. Volgens De Die is het essentieel dat gesprekken, waarschuwingen en afspraken zorgvuldig worden vastgelegd, zodat hierop kan worden teruggevallen bij herhaald gedrag. 'Twee keer geel is rood' moet niet alleen beleid zijn, maar ook daadwerkelijk worden toegepast: *practice what you preach*.

In de daaropvolgende vragenronde vroeg Plomp aan De Die, hoe om te gaan met anonieme meldingen. De Die benadrukte dat anonimiteit juridisch problematisch is, aangezien dit in strijd is met hoor-wederhoor, en dat het cruciaal is dat organisaties melders veiligheid en bescherming bieden, zodat zij hun verhaal niet anoniem hoeven te doen. Kloosterman voegde toe dat zij vooraf niet goed kon overzien wat het juridische traject zou betekenen, maar dat zij geen spijt had van haar melding, mede omdat herhaling daarmee werd voorkomen.

Tot slot vroeg Van Reekum wat het verhaal van Kloosterman zo overtuigend maakte voor de tuchtrechter. De Die antwoordde dat Kloosterman haar ervaringen direct en gedetailleerd had vastgelegd in een dagboek, waardoor het verhaal consistent en authentiek bleef. Ondersteunend bewijs, zoals berichten met seksueel grensoverschrijdende inhoud, maakte haar verklaring geloofwaardig en doorslaggevend in de beoordeling door het tuchtcollege. Ook sloten ervaringen van Kloosterman een op een aan bij eerder gemelde ervaring van arts-assistenten die ook slachtoffer werden van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag door deze zelfde arts waar documentatie over was.

Presentatie 3 – 'Grenzen stellen mag. Graag zelfs'

De bijdrage van De Jong zag op grensoverschrijdend gedrag van patiënten richting zorgverleners. Zij lichtte toe dat de KNMG samen met andere beroepsgroepen werkt aan het project *Zorg Veilig*, dat tot doel heeft een handelingskader te ontwikkelen voor zorgverleners die te maken krijgen met onveilig gedrag van patiënten. Daarbij staat niet het label 'grensoverschrijdend gedrag' centraal, maar het bredere begrip veiligheid. Onveiligheid werd voorlopig gedefinieerd als een interactie of omgeving die bij zorgverleners een gevoel van onveiligheid oproept of leidt tot een feitelijk onveilige situatie.

De Jong benadrukte het belang van veiligheid en vertrouwen binnen de behandelrelatie. Goede zorg vereist dat zowel patiënt als zorgverlener zich veilig voelt. Onveiligheid vergroot de kans op fouten, vermindert de kwaliteit van zorg en heeft een negatieve impact op het welzijn van zorgverleners, met verlies aan werkplezier, stress en uitval tot gevolg. De Jong verwees daarbij naar kernregel 6 van de KNMG-gedragscode, waarin is vastgelegd dat artsen zorg dragen voor hun eigen veiligheid, gezondheid en welzijn.

Een belangrijk punt in haar betoog was het hardnekkige idee dat artsen 'alles moeten verdragen' en weinig handelingsruimte hebben zolang een behandelingsover-

eenkomst bestaat. Volgens De Jong is dat een misvatting en bestaat binnen de bestaande juridische kaders wel degelijk ruimte om grenzen te stellen. Naast de zorgplicht van de zorgverlener geldt ook dat beide partijen zich binnen een behandelingsovereenkomst aan de uitgangspunten van redelijkheid en billijkheid gehouden zijn, wat impliceert dat ook in de arts-patiëntrelatie fatsoensnormen gelden.

De Jong maakte daarbij een duidelijke nuancering. Van artsen mag als professional meer worden verwacht dan van een privépersoon; zij moeten rekening houden met kwetsbaarheid, spanning en emoties van patiënten. Professionaliteit betekent echter niet dat iedere vorm van onveilig gedrag moet worden geaccepteerd. Reacties moeten proportioneel zijn en passen bij de situatie, maar grenzen stellen mag en moet soms zelfs. De Jong schetste verschillende handelingsmogelijkheden binnen de behandelrelatie: het benoemen van het gedrag, het tijdelijk onderbreken of beëindigen van een consult, het stellen van voorwaarden voor voortzetting van contact, het tijdelijk opschorten van uitvoering van de behandelingsovereenkomst en het geven en vastleggen van waarschuwingen. Daarbij zijn duidelijke kenbaarheid van huisregels en gevolgen van het overtreden daarvan door patiënten ('sancties') nodig en het consequent toepassen daarvan belangrijk. Volgens De Jong moeten zorgverleners hierin niet individueel opereren, maar gedragen worden door hun team en organisatie. Direct, consistent en neutraal begrenzen werkt het best, ook al vraagt dit om het loslaten van de traditionele dienende rol.

Het opzeggen van de behandelingsovereenkomst noemde De Jong het ultimum remedium. Zij verwees naar recente juridische analyses waaruit blijkt dat tuchtrechters de inhoudelijke redenen voor opzegging vaak wel begrijpen, maar dat zaken vaak stranden op strenge zorgvuldigheidseisen. De KNMG onderzoekt daarom of differentiatie van deze eisen mogelijk is, afhankelijk van de aard en ernst van het gedrag van de patiënt.

De Jong sloot af met de kernboodschap dat zorgverleners meer handelingsruimte hebben dan zij vaak denken. Binnen de perken van de professionele relatie bestaan reële mogelijkheden om grenzen te stellen en veiligheid te waarborgen. Dat begint bij erkennen dat grenzen stellen mag, en bij het gezamenlijk bepalen wat binnen een team, instelling of professie als aanvaardbaar gedrag wordt beschouwd.

Na afloop van de presentatie merkte Van den Heuvel op dat het stellen van grenzen soms te eenvoudig wordt voorgesteld, terwijl dit in de praktijk complex kan zijn. De Jong erkende deze kritiek, maar benadrukte ook dat zorgverleners vaak te voorzichtig zijn in het stellen van grenzen. Volgens haar is het essentieel dat zorgverleners leren hun eigen grenzen te herkennen, signalen van onveiligheid serieus te nemen en deze te bespreken met collega's. Professioneel handelen betekent meer verdragen dan in het privéleven, maar niet alles hoeft of moet worden geaccepteerd. Heldere afspraken en beschikbare handelingsopties dragen bij aan een veilige behandelrelatie en het kunnen blijven leveren van goede zorg.

doi: 10.5553/TvGR/016508742026050002005

Paneldiscussie

De Groot opende de paneldiscussie. Kooijman vroeg aandacht voor grensoverschrijdend gedrag door familie en naasten van patiënten en stelde de vraag of ernstig wangedrag van familie een gewichtige reden kan vormen om een behandelingsovereenkomst te beëindigen. Daarop reageerde De Jong dat gedrag van naasten de zorgrelatie extra kan compliceren. Zij wees erop dat volgens de richtlijn het gedrag van naasten in beginsel niet ten nadele mag komen van de patiënt. Binnen de behandelrelatie zijn wel interventies mogelijk, zoals het afzonderlijk spreken met de patiënt. Wanneer sprake is van een wettelijk vertegenwoordiger en de relatie structureel verstoord raakt, kan beëindiging in beeld komen, mits zorgvuldig wordt gehandeld. De Die sloot hierbij aan en merkte op dat in de langdurige zorg familie vaak de lastigste factor is. Zij benadrukte dat er veel mogelijk is tussen niets doen en opzeggen, zoals duidelijke grenzen stellen, huisregels handhaven en mensen aanspreken op respectvol gedrag. Ook formele stappen, zoals een brief van een advocaat, kunnen effectief zijn. Van der Mersch vulde aan dat conflicten met familie soms jarenlang kunnen voortduren en noemde wijziging van mentorschap als mogelijke interventie.

Heringa stelde vervolgens vragen over veiligheid bij melden. Hij vroeg wat onder veiligheid moet worden verstaan en hoe zowel melders als beklaagden beschermd kunnen worden. Kloosterman reageerde dat zij aanvankelijk steun vond bij een vertrouwenspersoon, maar zich later onveilig voelde toen de melding werd opgepakt. Zij benadrukte het belang van begeleiding, duidelijke uitleg over procedures en empathische ondersteuning door bestuur en jurist, en gaf aan het uitblijven van excuses en de vraag hoe herhaling mogelijk was, te hebben gemist. Daarop benadrukte De Die dat veiligheid bestaat uit voorspelbaarheid, procedurele duidelijkheid en bescherming door de werkgever, en dat veiligheid ook voor beklaagden noodzakelijk is, met name door zorgvuldige procedures. Wijne sloot daarbij aan en onderstreepte het belang van het nakomen van termijnen en afspraken.

Simons vroeg vervolgens naar de ontwikkeling van jurisprudentie rond seksueel grensoverschrijdend gedrag en de samenhang tussen uitspraken van tuchtrecht, strafrecht en scheidsgerecht. De Die antwoordde dat de rechtspraak meebeweegt met maatschappelijke opvattingen en dat vergelijkbare zaken tien jaar geleden waarschijnlijk milder zouden zijn beoordeeld, mede onder invloed van maatschappelijke discussies zoals #MeToo. Zij zag normbevestiging als grotendeels consistent, maar met verschillen in waardering van feiten tussen instanties. Het scheidsgerecht stelt strenge eisen aan procedurele zorgvuldigheid, terwijl de tuchtrechter relatief consistent is. Wijne sloot daarbij aan en merkte op dat ook in het arbeidsrecht een verstrenging zichtbaar is en dat gedragingen die eerder werden getolereerd, nu niet langer acceptabel worden geacht.

Daarna kwam het onderwerp sociale media aan bod. De Goeij vroeg naar de rol van sociale media bij grensoverschrijding. Kloosterman gaf aan dat binnen haar vakgroep is afgesproken WhatsAppcontact strikt zakelijk te houden, omdat privécommunicatie grenzen kan vervagen. Wijne bevestigde dit en merkte op dat

WhatsApp vaak het beginpunt is van grensoverschrijding, ook in groepsapps. De Die voegde daaraan toe dat collega's elkaar onderling steeds vaker corrigeren. De Jong reageerde dat professionele afstand essentieel is en ontraadde WhatsAppcontact met patiënten; grenzen stellen in beschikbaarheid is volgens haar noodzakelijk. Van der Mersch plaatste daarbij de kanttekening dat dit in de ggz en het sociaal domein lastiger is. Godschalx-Dekker vulde aan dat beroepsgroepen gedragsregels hebben opgesteld voor sociale media en verwees naar tuchtrechtelijke analyses waaruit blijkt dat zaken waarin sociale media een rol spelen vaker leiden tot maatregelen zoals waarschuwingen en berispingen. Van Reekum reageerde kritisch op voorbeelden waarin zorgverleners met boosheid of schelden reageren en benadrukte dat professioneel handelen vraagt om de-escalatie. De Jong onderschreef dit en benadrukte dat reacties altijd proportioneel en professioneel moeten zijn en dat het handelingskader juist daarop is gericht.

Tot slot stelde Velink een vraag over het ontbreken van een eenduidig procedurekader bij meldingen en wees op het verschil met protocollen voor disfunctioneren. Wijne reageerde dat een uniform protocol ontbreekt en pleitte voor minimale uitgangspunten. De Die sloot de discussie af met de oproep tot het ontwikkelen van een modelprotocol voor onderzoek naar ongewenst gedrag.

De bijeenkomst werd afgesloten met dank aan sprekers en organisatie, en met een aankondiging van de volgende jaarvergadering op vrijdag 10 april 2026.

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2026 (50) 2
doi: 10.5553/TvGR/016508742026050002005